



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO**  
**SISTEMA DE GESTIÓN**  
**FORMATO PARA SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPLEADOR DE TRABAJADORES DEL**  
**SERVICIO DOMESTICO**

Código  
PAS-SAP-F-2

Versión  
6

Fecha de Aprobación  
17/05/2024

E-mail:afiliacion.empresas@comfamiliarnarino.com - comfanaraportes@comfamiliarnarino.com.

Página web: www.comfamiliarnarino.com.

COORDINACION DE APORTES Y FISCALIZACIÓN  
 PBX: 7230206 EXT 1247/1309 /1308 CELULAR 3144251227

FECHA SOLICITUD

DIA	MES	AÑO

**A. DATOS DE LA EMPRESA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		CC <input type="text"/>	C.E <input type="text"/>
		No <input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:		CIUDAD / DEPARTAMENTO:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADOR:		IDENTIFICACION:	
TELÉFONO (S):	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	
ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL:		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfamiliarnarino.com y/o en la Calle 16B # 30-53 Parque Infantil, que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

**B. DATOS NOMINA MENSUAL**

CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS:	No TOTAL DE TRABAJADORES:	VALOR TOTAL NOMINA:

**C. DATOS SOBRE LA AFILIACIÓN**

EL SUSCRITO \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO CON CC.No \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ EN MI NOMBRE PROPIO COMO PERSONA NATURAL, SOLICITO A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, LA AFILIACIÓN COMO EMPLEADOR DE TRABAJADORES DE SERVICIO DOMESTICO QUE REPRESENTO Y SI FUERE ACEPTADA ME COMPROMETO A CUMPLIR Y A RESPETAR TODAS LAS NORMAS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, ASI COMO LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE SE REFIEREN AL SUBSIDIO FAMILIAR.

LA RESPONSABILIDAD EN CUANTO AL SUBSIDIO FAMILIAR, QUEDA LIMITADA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO DESDE EL MOMENTO DE LA AFILIACIÓN Y EL PAGO DE LOS APORTES POR EL EMPLEADOR.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR DE NARIÑO**

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO	RESOLUCION No		FECHA	DIA	MES	AÑO
	OBSERVACIONES:					

VIGILADO SuperSubsidio

**REQUISITOS**

Anexar los siguientes documentos:

1. Fotocopia de la cedula de ciudadanía ampliada del Empleador
2. Relacion de trabajador (es) y salarios.